

résultats montrent que ce sont surtout les troubles émotionnels et comportementaux graves qui ont perduré. Un certain nombre de jeunes, surtout ceux des plus anciennes générations, n'ont pas été suivis sur le plan psychothérapeutique ou l'ont été très insuffisamment. En effet, si les prises en charge se sont développées et diversifiées au cours du temps, la méconnaissance des conséquences des épreuves vitales et des effets pathogènes à très long terme des carences et maltraitements graves persiste aujourd'hui. La complexité des besoins d'aide en santé mentale et le manque d'identification des besoins de ces jeunes sont toujours soulignés par de nombreux cliniciens.⁷ Les jeunes sortis précocement de placements et confrontés de nouveau à des milieux pathogènes reviennent dans les structures de la protection de l'enfance et souvent en moins bonne santé. Malgré des soutiens importants de la part de l'institution et des personnes les ayant élevés, un tiers des jeunes adultes ont eu, jusqu'à 24-25 ans, des parcours difficiles pour accéder à l'autonomie. Ceux restés non

autonomes à cet âge avaient pratiquement tous des pathologies psychiatriques. On a observé ultérieurement que nombre de problèmes comportementaux notés après la sortie ont été transitoires, en raison d'un effet stabilisateur de l'âge.

Aujourd'hui, les anciens placés, âgés en moyenne de 36,5 ans, ont, majoritairement, une insertion sociale et professionnelle satisfaisante ; les trois quarts travaillent, les deux tiers ont des enfants qu'ils élèvent. Les rôles de la santé mentale, de la sociabilité, de l'estime de soi, des soutiens dans l'entourage et de l'existence ou non d'un état dépressif ont été mis en avant dans ces devenir. C'est surtout l'isolement et les problèmes de santé (santé mentale surtout) et les maltraitements passés qui distinguent ceux dont l'insertion est fragile, voire précaire.⁸ De plus, la qualité de vie à l'âge adulte varie négativement en fonction des adversités du passé : la violence entre parents (qui traduit un cumul d'autres risques parentaux), la gravité des négligences lourdes et des maltraitements, les difficultés psychiques qui se sont pérennisées. Par

ailleurs, certaines réussites masquent des fragilités narcissiques et restent teintées de vulnérabilités sous-jacentes ; un tiers des interviewés ont connu ou connaissent toujours des épisodes dépressifs et des difficultés face à l'alcool.

Particulièrement élevée dans certaines fratries, la prévalence des décès (morts violentes, cancers, accidents) témoigne qu'au-delà des conditions socio-économiques dans la petite enfance la violence subie et introjectée aux débuts de la vie peut poursuivre son œuvre de destruction sur le long terme.

Pour améliorer la qualité des prises en charge, l'histoire médicale de ces jeunes, très mal connue, devrait faire l'objet d'investigations, surtout quand on sait la gravité du cumul des facteurs de risque (prématurité, alcoolisme, violences...). Un bilan de santé systématique et le repérage des difficultés somatiques et comportementales pourraient permettre la mise en place d'interventions précoces et aider les jeunes dans leur parcours scolaire. Orienter rapidement ces enfants vers des services spécialisés permettrait

La maltraitance envers les jeunes enfants : 12 règles

1 La maltraitance est loin d'être un problème marginal dans la petite enfance. Sa fréquence est en fait suffisamment élevée (10 % des enfants sont touchés dans les pays occidentaux, selon plusieurs études récentes) pour qu'elle constitue une éventualité diagnostique présente à l'esprit de tout médecin qui voit et prend en charge de jeunes enfants.

2 Il faut savoir évoquer ce diagnostic chez un

nourrisson ; en effet, la maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

3 Il faut se familiariser avec le concept d'attachement et comprendre que le principal facteur de risque est la séparation néonatale du couple bébé-parents (hospitalisation pour prématurité ; dépression du post-partum...).

4 Il ne faut donc jamais oublier que le

prématuré, surtout s'il souffre d'un handicap, est un enfant à risque de mauvais traitements.

5 Les parents sont pratiquement toujours les auteurs des mauvais traitements, et la maltraitance traverse toutes les classes sociales. Il faut donc savoir l'évoquer devant n'importe quelle famille, tout en sachant que la plupart des familles maltraitantes sont en grande souffrance, et ont souvent subi

des violences dans leur propre enfance.

6 Certains signes doivent entraîner la suspicion : l'ecchymose chez le nourrisson qui ne se déplace pas encore ; toute fracture survenue avant la marche ; une cassure inexplicable de la courbe de poids ; la coexistence de lésions d'âges différents et de natures différentes ; un abattement, un repli sur soi ou, au contraire, une agitation avec agressivité.



BSIP

La maltraitance a des effets délétères à court et à long terme.

d'atténuer l'expression de leurs troubles, de diminuer certaines déficiences secondaires acquises et de développer leur bien-être et leurs compétences.

Cette recherche montre aussi la nécessité, pour certains jeunes adolescents, souvent réticents aux suivis psychothérapeutiques, de trouver de nouvelles formes d'interventions afin de développer chez eux confiance en soi, communication et sociabilité afin de prévenir tout sentiment d'isolement.

Enfin, seul le placement continu et de longue durée, avec la fratrie, avec ses pri-

ses en charge et la création de nouveaux liens d'attachement et d'identification, permet d'atténuer les effets délétères des conditions de vie antérieures.

Conclusion

Comme on l'a vu dans l'introduction, nombreux sont les états pathologiques qui peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance. C'est pourquoi il est important que les médecins, généralistes principalement, sachent poser les bonnes questions devant un trouble dont la cause n'est pas a priori évi-

dente. À ceux aussi qui voient des enfants placés, pour des vaccinations ou des pathologies bénignes, de ne pas ignorer cette situation et de s'informer sur la qualité de la prise en charge, l'existence d'une fratrie et son statut. Il faut souligner ici l'importance des partenariats entre les médecins, généralistes et pédiatres, et ceux chargés de l'éducation de ces enfants (familles d'accueil, éducateurs).

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que de nombreux enfants en danger relèvent plus de soins psychiques que de placements, qui s'apparentent parfois à un simple gardiennage.

Enfin, une des plus redoutables conséquences de la violence exercée sur de jeunes enfants est sa transmission transgénérationnelle. En effet, certains de ces jeunes devenus adultes, faute d'avoir pu se construire et être aptes à répondre aux exigences d'un petit enfant, reproduisent les comportements dont ils ont tant souffert eux-mêmes. •

A.-C. Dumaret et A. Tursz déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.



d'or pour savoir y penser et agir

7 Une incohérence entre la nature des lésions, l'âge de l'enfant, son niveau de développement et le mécanisme invoqué des lésions doit faire soupçonner un traumatisme infligé.

8 Le changement de comportement de l'enfant évoque fortement la perpétration d'agressions sexuelles.

9 Chez le nourrisson, des signes tels que les vomissements, la pâleur, l'hypotonie ou la somnolence (et surtout leur association) doivent,

malgré leur banalité et leur non-spécificité, faire envisager le syndrome du bébé secoué, parmi les diagnostics possibles.

10 Dans toutes ces situations, que faire ?
– tout d'abord, ne pas prendre de décision dans la solitude, mais se faire aider ;
– hospitaliser l'enfant si le danger paraît important (attitude systématique en cas de suspicion de syndrome du bébé secoué) et bénéficier ainsi de l'expérience d'une équipe pluridisciplinaire ;

– envoyer l'enfant victime d'agression sexuelle dans un service spécialisé ;
– faire un signalement (au président du conseil général ou au procureur de la République selon l'importance du danger) ;
– donc se tenir à jour quant à l'évolution des lois et aux formalités à effectuer, notamment grâce au Bulletin de l'Ordre national des médecins.

11 Par ailleurs, le médecin peut être amené à examiner, vacciner, suivre...

un enfant faisant déjà l'objet d'une mesure de protection. Il lui revient alors de s'assurer de la qualité de la prise en charge, de la continuité du placement et du rassemblement des fratries.

12 Enfin, en termes de prévention précoce, c'est au médecin, notamment lorsqu'il réalise l'entretien du 4^e mois de grossesse, de repérer et organiser le suivi des couples psychologiquement fragiles.

Anne Tursz